

Grażyna Cepuch^{1,3}
Mieczysława Perek²
Grażyna Dębska³
Bożena Krzeczowska²

Ocena przygotowania pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa do opieki nad dzieckiem z chorobą nowotworową odczuwającym ból

słowa kluczowe: ból, skale oceny bólu, dziecko, pielęgniarka

The evaluation of preparation for nursing care for a child of cancer diseases experiencing pain among nurses and student nurses

Abstract

Every type of pain is a great burden for a child. It always disturbs physical and psychical functioning and has a negative impact on the relations between the suffering child and his/ her surroundings. Pain relief should become a priority in paediatric care especially in the context of nursing care. Full pain diagnostics, careful evaluation, and effective therapy are most significant when taking care of a child experiencing pain. The objective of this work was to recognize what nurses and student nurses, working in paediatric units, know about pain diagnostics, assessment, therapy, and care for a child suffering from it. The study took place in the Children's Hospital of Cracow. It included 52 nurses working in paediatric units and 55 third-year B.A. student nurses from the Faculty of Health Sciences, Medical School of the Jagiellonian University in Cracow. A survey questionnaire, developed by the authors, consisting of four topic parts was applied.

The study showed that the majority of respondents had knowledge regarding pain recognition among children including iatrogenic pain. They were aware of negative effects of improperly treated pain. However, they weren't fully ready to assess pain intensity and control it. The study confirmed the need for wider education in the field of pain issues among student nurses as well as working nurses.

Conclusions: 1. The majority of respondents had significant knowledge regarding pain recognition. However, complete preparation for care for a child suffering from pain wasn't fully satisfactory; 2. More than 50% of nurses didn't use any scale for pain intensity evaluation. Also, no medical records regarding pain were kept at all paediatric units; 3. Further professional education regarding pain issues among children, e.g. additional classes, needs to be introduced.

key words: pain, pain evaluation scale, child, nurse

¹ Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

² Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego

³ Krakowska Akademia im. Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk o Zdrowiu

Wprowadzenie

Ból należy do najbardziej przykrych odczuć w życiu dziecka i choć pełni ważną rolę – informuje o chorobie lub uszkodzeniu tkanek – jest jednym z najbardziej nieprzyjemnych i złożonych doznań zmysłowych; generuje szereg negatywnych emocji. Współtowarzyszący mu lęk, frustracja czy wszechogarniające zmęczenie towarzyszące chorobie nowotworowej, mają niebagatelny wpływ na obniżenie progów bólowego, powodując błędne koło przyczynowo-skutkowe [1, 2]. Jednocześnie percepcja bólu jest w dużym stopniu zależna od czynników psychologicznych. To one w znacznym bowiem stopniu kształtują psychiczną reakcję na chorobę i ból, a w konsekwencji decydują o rozmiarze cierpienia chorego [3, 4]. Głębokość, intensywność i charakter bólu różnią się u każdej osoby w zależności od płci, kultury czy wieku [5].

Dziecko hospitalizowane z powodu procesu nowotworowego niejednokrotnie doświadcza bólu, który nie zawsze związany jest bezpośrednio z chorobą. Ból może być skutkiem wykonywania zarówno działań terapeutycznych (naświetlania, leki cytostatyczne), jak i diagnostycznych czy pielęgnacyjnych (szczepienia, nakłucia żył, punkcje, endoskopia, zmiana opatrunków) [6].

W nowoczesnym pojęciu ból, zwłaszcza przewlekły, ma charakter wielowymiarowy, a zatem i jego leczenie musi mieć charakter multidyscyplinarny. Efektywne rozpoznawanie i leczenie bólu u dzieci bez względu na jego przyczynę opiera się na zrozumieniu mechanizmu jego powstawania i oddziaływania na organizm. Opieka nad dzieckiem cierpiącym stanowi niebagatelne wyzwanie dla zespołu pielęgniarstwa i powinna spoczywać w rękach osób specjalnie przygotowanych do jego zapobiegania i zwalczania. Szczególną rolę w opiece nad dzieckiem odgrywa pielęgniarka. Jest ona członkiem zespołu terapeutycznego, który spędza z pacjentem najwięcej czasu, a więc ma możliwość dokładnego poznania dziecka, obserwacji jego samopoczucia w różnych sytuacjach i o różnych porach w ciągu doby [7]. Pielęgniarka musi dysponować dużą wiedzą dotyczącą metod oceny natężenia bólu i sposobów jego łagodzenia oraz wykazywać się umiejętnością skutecznej edukacji pacjentów i ich rodzin. W procesie rozpoznawania stanu dziecka odczuwającego ból, pielęgniarka powinna umiejętnie gromadzić dane dotyczące reakcji dziecka na ból, rodzaju i lokalizacji bólu, stopnia jego natężenia i charakteru, czasu trwania dolegliwości bólowych, a także trafnie ocenić efektywność podjętych działań terapeutycznych. Rzetelna ocena bólu ułatwia rozpoznanie i monitorowanie choroby dziecka, a także stanowi podstawę do zapobiegania eskalacji destrukcyjnych następstw doznań bólowych. W celu prawidłowej oceny stopnia natężenia bólu u dzieci, pielęgniarka musi umieć wybrać i zastosować odpowiednią skalę, uwzględniając etap rozwojowy dziecka. Przy wyborze metody do oceny natężenia bólu należy uwzględnić nie tylko wiek dziecka, ale i stopień kontaktu słownego.

Obecnie stosowane metody pomiaru bólu u dzieci i młodzieży oparte są na informacjach niewerbalnych i werbalnych, opisujących cechy kliniczne bólu. Do rzetelnego pomiaru natężenia bólu należy stosować więcej niż jedno narzędzie, z uwagi na wpływ stanu emocjonalnego i innych czynników [8]. Gwarantem wysokiej jakości opieki pielęgniarstwa nad dzieckiem cierpiącym jest eliminowanie doznań bólowych i zapewnienie warunków do najlepszego funkcjonowania, jakie jest możliwe w czasie trwania choroby. O sukcesie w walce z bólem można mówić wtedy, gdy dziecko nie odczuwa bólu, ale również ma zapewnione poczucie bezpieczeństwa, może otwarcie komunikować swoje emocje i ma pełne zaufanie do personelu medycznego.

Złagodzenie bólu, niepokoju i cierpienia u dzieci, niezależnie od warunków, w których przebywają, stanowi zadanie priorytetowe. Istotne zatem jest poznanie wiedzy pielęgniarek pracujących na oddziałach dziecięcych, w tym oddziałach onkologicznych oraz studentów pielęgniarstwa na temat rozpoznawania, oceny, leczenia oraz opieki nad dzieckiem odczuwającym ból, co może stanowić podstawę do weryfikacji kształcenia personelu medycznego.

Materiał i metody

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, sporządzonego na podstawie ankiety własnej. Kwestionariusz w ankiecie zawierał 41 pytań (zamknięte i otwarte), które tworzyły 4 części tematyczne. Pierwsza zawierała pytania dotyczące zagadnień związanych z patogenezą bólu, jego następstwami i rodzajów bólu, w drugiej respondenci odpowiadali na pytania o sposoby oceny bólu u dzieci, trzecia dotyczyła leczenia bólu, a czwarta – kształcenia i przygotowania zawodowego pielęgniarek do opieki nad dzieckiem z bólem.

Badania zostały przeprowadzone w USD w Krakowie oraz w Instytucie Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UJ w Krakowie. Grupa badawcza liczyła 52 pielęgniarki oraz 55 studentów III roku studiów stacjonarnych I stopnia. Wiek pielęgniarek wahał się w granicach 22–50 lat, studentów 21–26 lat. Staż pracy pielęgniarek wahał się w granicach od kilku do 32 lat, wykształcenie pielęgniarek było zróżnicowane – 15% posiadało wykształcenie wyższe, 21% studia licencjackie, a 64% wykształcenie średnie.

Wyniki

Ocenę wiedzy respondentów dokonano na podstawie analizy wyników otrzymanych z kwestionariusza ankiety własnego autorstwa. W przeprowadzonym badaniu, tylko 11 (21%) pielęgniarek podało zbliżoną definicję bólu przyjętą przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu, natomiast w grupie studentów nikt nie udzielił prawidłowej odpowiedzi. Spośród badanych 10% studentów i 6% pielęgniarek nie

potrafiło zdefiniować bólu w ogóle. Prawie wszyscy ankietowani prawidłowo wymienili działania pielęgniarские odpowiedzialne za jatrogenię u dzieci. Na pytanie, co to jest ból jatrogenny, 28% pielęgniarek odpowiedziało, że jest to ból związany z leczeniem i diagnostyką, natomiast wśród studentów najczęściej powtarzała się odpowiedź, że jest to ból spowodowany przez personel medyczny – tak odpowiedziało 38% studentów. Jako następstwo jatrogenii 37% pielęgniarek i 18% studentów wymieniało lęk i obawę przed personelem medycznym, natomiast ból jako następstwo jatrogenii wymieniło tylko 2 pielęgniarki i 4 studentów. Odpowiedzi ankietowanych na to pytanie przedstawiono w tabeli 1.

Tab. 1. Czynniki i działania wpływające na obniżenie bólu u dziecka

Czynniki i działania	Pielęgniarki	Studenci	Wszyscy ankietowani
Stwarzanie przyjaznej atmosfery	16	17	33
Obecność rodziców przy dziecku	10	18	28
Informowanie, tłumaczenie dziecku wykonywanych działań	10	7	17
Stosowanie kremu Emla	2	6	8
Stwarzanie atmosfery bezpieczeństwa	3	4	7
Cisza, spokój	5	4	9
Wypoczynek	2	3	5
Leki p/bólowe	8	4	5
Odwrócenie uwagi	4	3	7
Wygodne ułożenie	4	0	4
Precyzyjne wykonanie działań, zabiegów	2	0	2
Brak odpowiedzi	4	2	6

W przeprowadzonym badaniu zdecydowana większość respondentów prawidłowo wskazała najczęstsze przyczyny bólu ostrego oraz przewlekłego. Wszyscy respondenci (100%) prawidłowo zdefiniowali tolerancję bólu, uznając, że tolerancja na ból jest cechą indywidualną, zmienną i subiektywną u każdego człowieka. Z czynników i działań, które mogą wpłynąć na obniżenie wrażliwości na ból u dziecka, pielęgniarki, podobnie jak studenci, najczęściej wymieniały: obecność rodziców przy dziecku (26%), stwarzanie przyjaznej atmosfery (31%) oraz informowanie i tłumaczenie, jakie czynności będą przy nim wykonywane (16%). Tylko 2 pielęgniarki i 6 studentów uznało stosowanie kremu Emla (środek analgetyczny zaakceptowany przez Światową Organizację Zdrowia) jako czynnika zmniejszającego ból. Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

Tab. 2. Ocena znajomości następstw jatrogenii dla dzieci w opinii respondentów

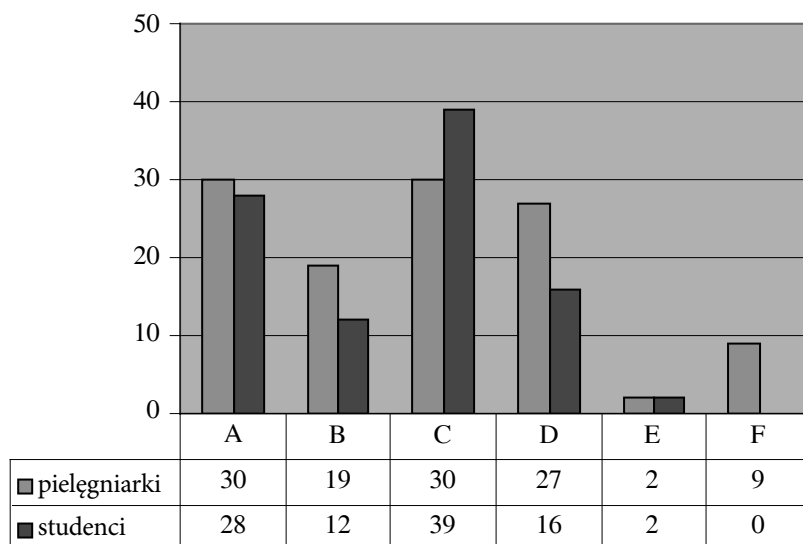
Następstwa jatrogenii u dzieci	Pielęgniarki	Studenci	Wszyscy ankietowani
Obawa, lęk przed personelem medycznym	22	12	34
Lęk, niepokój	15	9	24
Strach	11	10	21
Płacz	10	6	16
Niechęć do leczenia, lęk przed badaniami	7	6	14
Zamknięcie się w sobie	1	3	4
Uraz psychiczny	2	8	10
Większe odczuwanie bólu	2	4	6
Agresja, złość	6	0	6
Otyłość (ucieczka w objadanie się)	4	0	4
Brak apetytu	3	1	4
Utrata włosów (po naświetlaniach i chemioterapii)	3	0	3
Moczenie nocne	0	1	1
Nie wiem	0	4	4
Brak odpowiedzi	0	5	5

Na pytanie o następstwa bólu przewlekłego, 26% respondentów wymieniło depresję i apatię, 14% wyczerpanie i zmęczenie, 12% obniżone samopoczucie i lęk (10%). Następstwa bólu ostrego, szczególnie o dużym natężeniu, to według ankietowanych głównie płacz (25%), agresja i złość (19%).

W przeprowadzonym badaniu oceniano także znajomość zachowań i reakcji fizjologicznych na ból u dzieci w różnych okresach rozwojowych. U dzieci starszych, powyżej 11 roku życia, ankietowane pielęgniarki uznały, że najczęstszą reakcją fizjologiczną na ból był wzrost ciśnienia tętniczego (44%), natomiast studenci pielęgniarstwa wymieniali zwiększoną potliwość u dzieci (44%). Według ankietowanych, zachowania noworodków i niemowląt, które mogą być związane z bólem, to głównie zaciskanie powiek i wyginanie tułowia w łuk.

Oceniając znajomość skal do oceny natężenia bólu u dzieci stwierdzono, że najbardziej znana ankietowanym jest skala numeryczna (64%), oraz analogowo-wzrokowa (54%), ale tylko 4 osoby znały uproszczoną wersję kwestionariusza Melzacka MPQ. Szczegółowe dane dotyczące znajomości skal przedstawiono na rycinie 1.

Ryc. 1. Znajomość skal do oceny bólu u dzieci

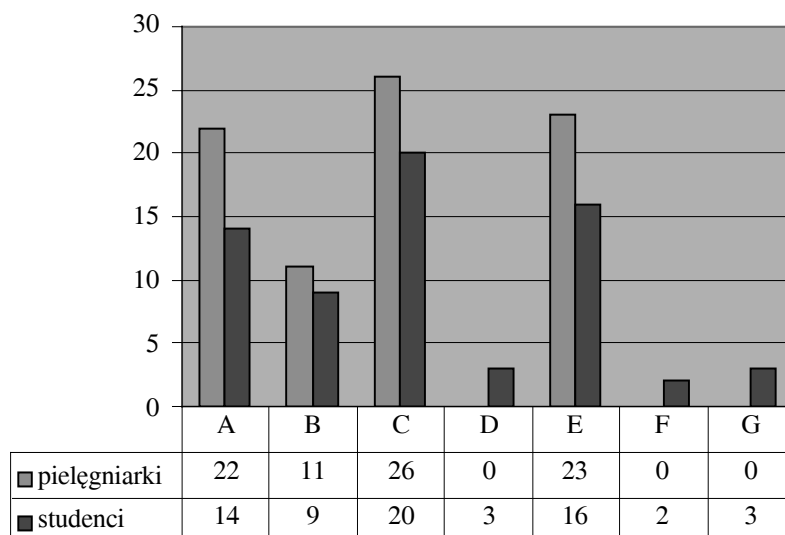


Legenda: A – wzrokowo-analogowa skala oceny bólu (VAS), B – obrazkowa skala bólu według Oucher, C – skala numeryczna, D – subiektywna czterostopniowa skala oceny bólu, E – uproszczona wersja kwestionariusza MPQ, F – brak odpowiedzi

Na pytanie, czy respondenci korzystają ze skal do badania natężenia bólu, 19% pielęgniarek i 13% studentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej, natomiast zdecydowana większość badanych nie stosuje wyżej wymienionych skal. Wyniki badania wykazały także, że 100% ankietowanych pielęgniarek nie prowadzi w swojej pracy kart bólu. Respondenci (81%) dla dzieci w wieku przedszkolnym zastosowaliby do oceny natężenia bólu skalę wizualno-obrazkową, a dla dzieci w wieku szkolnym skalę numeryczną (66%) oraz słowną (56%). Trzy czwarte ankietowanych stwierdziło, że skale do badania natężenia bólu są przydatne i wskazane do monitorowania bólu u dzieci. Dla zdecydowanej większości ankietowanych najtrudniej ocenić natężenie bólu u noworodków. W przeprowadzonym badaniu prawie wszystkie pielęgniarki oraz 78% studentów posiadało wystarczającą wiedzę na temat „drabiny analgetycznej”, ale zaledwie 7% studentów i 35% pielęgniarek przyporządkowało poszczególne leki przeciwbólowe do odpowiednich grup. Jako drogę niewskazaną do podawania leków przeciwbólowych tylko 50% respondentów wymieniło drogę domięśniową. Prawie połowa (48%) ankietowanych stwierdziła, że leki przeciwbólowe należy podawać regularnie, w ściśle określonych godzinach. Jako najlepszą zasadę stosowania leków przeciwbólowych

respondenci uznali zasadę „zgodnie z dzieckiem” (43%). Szczegółowe odpowiedzi ankietowanych na to pytanie przedstawia rycina 2.

Ryc. 2. Najlepsza zasada w stosowaniu leków przeciwbólowych u dzieci w opinii pielęgniarek i studentów



Legenda: A – „zgodnie z zegarem”, B – „zgodnie z najlepszą drogą podania”, C – „zgodnie z dzieckiem”, D – „zgodnie z wolą rodziców”, E – „zgodnie z drabiną analgetyczną WHO”, F – „zgodnie z rytmem pracy na oddziale”, G – brak odpowiedzi

Spośród niefarmakologicznych sposobów łagodzenia bólu u dziecka, najczęściej udzielaną odpowiedzią było odwracanie uwagi (43%), zimne okłady (41%) i ciepłe okłady (31%). Na obecność rodziców jako czynnik łagodzenia bólu wskazało tylko 20% ankietowanych. Prawie wszyscy respondenci byli zdania, że niefarmakologiczne sposoby łagodzenia bólu u dziecka przynoszą efekty bez względu na natężenie bólu. Dla 100% pielęgniarek i 96% studentów, ból nieskutecznie leczony może być groźny dla dziecka, co świadczy o dużej świadomości niebezpieczeństw, jakie niesie ze sobą ból. W przeprowadzonym badaniu próbowano ocenić udział pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa w różnych formach kształcenia, związanych z przygotowaniem do opieki nad dzieckiem odczuwającym ból. W szkoleniach na temat bólu u dzieci brało udział tylko 14% pielęgniarek. Szkolenia te były organizowane głównie przez firmy farmaceutyczne, tylko pięciu badanych odpowiedziało, że szkolenie przeprowadził zakład pracy, a jedna osoba, że uczelnia medyczna. Swoją wiedzę z zakresu bólu u dzieci pogłębia 28% pielęgniar

niarek, korzystając głównie z czasopism medycznych i Internetu. Swoje przygotowanie w procesie kształcenia do rozpoznawania objawów bólu, sposobów jego oceny, łagodzenia i leczenia 44% ankietowanych uważa za niewystarczające, 33% za wystarczające, a tylko 8 pielęgniarek i 6 studentów uważa, że przygotowani są w stopniu dobrym. Zdecydowana większość (84%) badanych jest zdania, że w procesie kształcenia należy więcej godzin poświęcić na omówienie zagadnień związanych z bólem u dzieci.

Dyskusja

Prowadzone badania miały charakter pilotażowy i wycinkowy. Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań stwierdzono, że stopień przygotowania studentów i pielęgniarek do opieki nad dzieckiem odczuwającym ból nie zawsze jest w pełni zadowalający. Odpowiedzi na pytanie o rozumienie i istotę bólu oraz ból jatrogenny mogą świadczyć o tym, że pojęcia te wśród ankietowanych, zwłaszcza wśród studentów, nie są do końca zrozumiane. W piśmiennictwie najczęściej spotyka się definicję bólu opracowaną przez Międzynarodowe Stowarzyszenie Badania Bólu: ból jest „nieprzyjemnym doznaniem zmysłowym i emocjonalnym związanym z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywanym w kategoriach takiego uszkodzenia” [10]. Podobne ujęcie definicyjne i jego rozumienie podało niewielu respondentów. Odnośnie do bólu jatrogenego, respondenci wprowadzicie prawidłowo wymieniają procedury, np. nakłucia żył, punkcje, endoskopia itp., które są odpowiedzialne za tego rodzaju ból, ale zapominają, że problem bólu jatrogenego obejmuje również wszystkie sytuacje wywołujące lęk i strach. Należy pamiętać, że ból ma charakter wielowymiarowy i powinien być rozumiany jako składowa znacznie szerszego zjawiska, jakim jest cierpienie. Tak postrzegany ból pozwoli objąć pacjenta odczuwającego ból profesjonalną całościową opieką.

Z piśmiennictwa i wcześniejszych badań wynika, że proces diagnozy i leczenia nadal bardzo często jest odpowiedzialny za indukowanie u dzieci zarówno negatywnych doznań emocjonalnych, jak i fizycznych, najczęściej bólowych. Dzięki współczesnej anestezjologii lęk i ból omijają dzieci poddawane „dużym” zabiegom operacyjnym, natomiast małe zabiegi inwazyjne, takie jak szczepienia, nakłucia diagnostyczne i lecznicze, nadal są dużym przeżyciem i źródłem złych doświadczeń dla dzieci. Ostatnio coraz więcej uwagi poświęca się różnym metodom mającym na celu zwiększenie tolerancji bólu. Jedną z takich metod jest stosowanie analgetyków miejscowych np. kremu Emla do znieczulenia skóry przed wykonywaniem zabiegu np. nakłucia żyły. Niepokojący jest fakt, że w badaniu tylko niewielki odsetek respondentów uznało, że krem Emla jest czynnikiem zmniejszającym ból, co może świadczyć, że pielęgniarki nie stosują tego kremu na oddziałach. Brak przekonania wśród pielęgniarek co do skuteczności tego środka wynikać

może z faktu, że nie wszędzie takie preparaty znieczulające są dostępne (wysoka cena) i nie zawsze są one stosowane prawidłowo, co ogranicza ich działanie i zniechęca do ponownego użycia. Czynnikiem, który zdecydowanie wpływa na obniżenie wrażliwości na ból jest, zdaniem większości ankietowanych, obecność przy dziecku rodziców. W prawidłowo funkcjonującej rodzinie najważniejszym dla dzieci źródłem poczucia bezpieczeństwa są rodzice. Fakt ten budził nadzieję, że zarówno sama obecność rodziców, jak i ich dojrzałe zachowanie oraz chęć współpracy przed i w trakcie zabiegu, mogą ograniczyć lęk i odczuwanie bólu u dzieci. Z pewnością bliskość matki i dźwięk jej głosu, to czynniki sprawdzone, zdolne zmniejszyć poziom lęku. Jednak nawet w połączeniu z próbami odwracania uwagi przez rodziców, nie zawsze wystarczają do zmniejszenia odczuwanego bólu, co potwierdził niedawno Cavender i wsp. [11]. Do prawidłowego diagnozowania bólu u dzieci konieczna jest znajomość zachowań i reakcji fizjologicznych, które są związane z bólem. W przeprowadzonym badaniu prawie wszyscy ankietowani prawidłowo wymienili zachowania i reakcje fizjologiczne, które mogą występować u dzieci odczuwających ból. Reakcje na bodźce bólowe stanowią język porozumiewania się z otoczeniem. Zasadniczą trudność w badaniach nad bólem stanowi subiektywny charakter. Cechy bólu mogą być oceniane tylko na podstawie informacji zebranych od dziecka i choć stanowią informację subiektywną, dzięki obserwacji i powtarzalności w badaniu, stają się przesłanką wiarygodną [5].

W przeprowadzonym badaniu pielęgniarki lepiej niż studenci znają następstwa zarówno bólu ostrego, jak i przewlekłego u dzieci, co może wynikać z obserwacji i doświadczenia, jednak nie jest to poziom zadowalający. Najwięcej badanych jako następstwo bólu przewlekłego podawało lęk. Odróżnienie bólu od lęku, i odwrotnie, może być niekiedy trudne. Zarówno lęk, jak i ból leżą u podłoża podstawowych mechanizmów adaptacyjnych. Duży wpływ na nasilenie bólu ma lęk antycypowany, który wiąże się z lękiem przed nieznanymi lub/i wcześniejszymi doświadczeniami bólowymi. Lęk jako towarzysz bólu może pojawiać się w wyniku przekazywania przez otoczenie w sposób niewłaściwy różnych informacji, powstaje zanim zostanie wykonany jakikolwiek zabieg. Percepcja bólu i poziom odczuwanego lęku jest podobna niezależnie od wieku, natomiast wiek ma znaczenie w jego wyrażaniu. Jako następstwo bólu ostrego i bólu u niemowląt wymieniano na pierwszym miejscu płacz. Płacz towarzyszy doznaniom bólowym, interpretacja płaczu u niemowląt może więc stanowić punkt odniesienia w diagnozowaniu bólu u dziecka. W przeprowadzonym badaniu sprawdzano także niski poziom wiedzy respondentów na temat znajomości technik mierzenia bólu u dzieci.

Rozpoznawanie bólu i jego natężenia jest niezwykle istotne w całym procesie terapeutycznym. W przypadku dziecka chorego jest to zarówno sprawa priorytetowa, jak i niezmiernie trudna do oszacowania. Mają na to wpływ zarówno niedojrzałość reakcji dziecka, nieumiejętność precyzyjnego określenia miejsca, rodzaju

czy skali bólu. W celu oceny natężenia bólu u dzieci opracowano skale, które są pomocne zarówno w ilościowej, jak i jakościowej ocenie bólu. Zostało przeprowadzonych wiele badań z wykorzystaniem tych skal jako narzędzia badawczego. Liczne badania potwierdzają, że stosowanie skal oceny bólu przynosi lepsze efekty w leczeniu. Dzięki temu udaje się dobrać odpowiednie leczenie przeciwbólowe u poszczególnych osób, pozwala także dokonywać szybkiej modyfikacji leczenia. W przeprowadzonym badaniu, pomimo posiadania wiedzy z zakresu skal oceny bólu, znaczna część badanych nie stosuje tych skal w praktyce, na żadnym również oddziale ankietowane pielęgniarki nie prowadzą dokumentacji dolegliwości bólowych u dzieci. Można zatem domniemywać, że ocena natężenia bólu u dzieci nie jest rzetelnie prowadzona, a więc cała procedura leczenia bólu może być nieskuteczna. Niepokojący jest fakt, że ból nie jest także diagnozowany w oddziałach onkologii dziecięcej. W podobnym badaniu, przeprowadzonym w 2006 r. wśród pielęgniarek, dotyczącym oceny przygotowania personelu pielęgniarskiego do sprawowania opieki nad dzieckiem odczuwającym ból stwierdzono, że większość pielęgniarek знаło i potrafiło z nich korzystać. W praktyce ankietowany personel pielęgniarski korzystał najczęściej ze skali punktowej [11].

Istnienie bólu i cierpienia jest rzeczą oczywistą, naturalną i najczęściej niezależną od człowieka. Ból w kontekście fizjologicznym jest rodzajem uczucia, które jest tak samo niezbędne do funkcjonowania organizmu, jak inne rodzaje uczucia. Tak rozumiany ból ma znaczenie w diagnozowaniu wielu schorzeń. Często jednak ból, zwłaszcza przewlekły lub ten, który wynika ze stosowania metod diagnozowania i leczenia, staje się bólem bezsensownym i obciążającym, zarówno fizycznie jak i psychicznie [8]. Wiele się jednak robi, aby wyeliminować niepotrzebny ból i uprzedzić jego nadejście. W likwidowaniu bólu lub zmniejszaniu odczuć bólowych pomagają ośrodki zwalczania bólu, wykorzystujące najnowsze osiągnięcia medycyny i wielu innych dyscyplin naukowych. W leczeniu bólu u dzieci korzysta się ze schematu stosowania leków w celu zmniejszenia dolegliwości bólowych. Prawidłowe stosowanie leków przeciwbólowych i/lub adiuwantów musi wiązać się z dobrą znajomością grup poszczególnych leków przeciwbólowych, niestety, wielu respondentów, szczególnie studentów, nie posiada wystarczającej wiedzy z tego zakresu.

Przeprowadzone badanie uwidocznilo u respondentów brak satysfakcjonującej wiedzy na temat opieki nad dzieckiem odczuwającym ból. W programach kształcenia pielęgniarek na poziomie studiów licencjackich i magisterskich niewiele poświęca się czasu na zagadnienia związane z bólem u dzieci. Duża część ankietowanych ma świadomość, że ich wiedza dotycząca problematyki bólu u dzieci nie jest ugruntowana, bardzo trudno w takiej sytuacji objąć im chore dziecko całościową opieką na dobrym poziomie. Obowiązująca ustawa z 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej wyraźnie wskazuje na prawo pielęgniarki do doskonalenia

zawodowego w różnych formach kształcenia podyplomowego, nakłada również na każdą pielęgniarkę obowiązek stałego aktualizowania wiedzy. Szkolenia w zakresie problematyki bólu u dziecka byłyby wskazaną formą doskonalenia zawodowego pielęgniarek i przyczyniłyby się do podniesienia jakości i profesjonalizmu sprawowanej opieki. Istotne wydaje się też stworzenie standardów oraz modeli pielęgnowania, których nieodłącznym elementem będzie zwalczanie bólu związanego z chorobą i będącego wynikiem diagnozowania lub leczenia.

Wnioski

1. Większość badanych posiada wiedzę z zakresu rozpoznawania bólu u dzieci, natomiast całościowe przygotowanie do opieki nad dzieckiem z bólem nie jest w pełni zadowalające.
2. Nadal nie wszystkie pielęgniarki stosują skale do oceny natężenia bólu u dziecka, nie jest też prowadzona dokumentacja bólu. Pielęgniarki nie zawsze wykorzystują środki i metody zmniejszające ból w procedurach „drobnych” zabiegów diagnostyczno-pielęgnacyjnych.
3. Istnieje zapotrzebowanie na prowadzenia kształcenia zawodowego z zakresu problematyki bólu u dzieci w większym wymiarze godzin, zarówno wśród pielęgniarek, jak i studentów pielęgniarstwa.

Bibliografia

- [1] Golec A., Dobrogowski J., Kocot M., *Psychologiczne aspekty bólu pooperacyjnego*, „Przegląd Lekarski” 2000, nr 57(4), s. 211–214.
- [2] Cepuch G., Dębska G., *Psychologiczne aspekty bólu u młodzieży z chorobą nowotworową*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2004, vol. 59, s. 292–296.
- [3] Czaja E., Cepuch G., *Standard opieki nad dziećmi po 12 roku życia odczuwającymi ból podczas leczenia onkologicznego*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska” 2003, vol. 58, s. 251–254.
- [4] McGrath A., Ruskin A., *Caring for Children with Chronic Pain: Ethical Consideration*, „Pediatric Anesthesia” 2007, nr 17, s. 505–508.
- [5] Domżał T., *Ból – podstawowy objaw w medycynie*, PZWL, Warszawa 1996.
- [6] Ziółkowski J., *Ból jatrogenny u dzieci – zapobieganie i zwalczanie*, „Klinika Pediatryczna – Laryngologia” 2003, nr 11(1), s. 55–60.
- [7] Cepuch G., Wordliczek J., Golec A., *Wybrane skale do badania natężenia bólu u młodzieży – ocena skuteczności*, „Polska Medycyna Paliatywna” 2006, nr 5(3), s. 108–113.
- [8] Cepuch G., Czaja E., *Udział pielęgniarki w zapobieganiu i leczeniu bólu u dzieci*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2004, nr 1–2, s. 23–26.

- [9] Dobrogowski J., Wordliczek J., *Medycyna bólu*, PZWL, Warszawa 2004.
- [10] Cavender K., Goff M. D., Hollon E., Guzzetta C. E., *Parents Positioning and Distracting Children During Venipuncture. Effects on Childrens Pain, Fear, and Distress*, „Journal of Holistic Nursing” 2004, nr 22(1), s. 32–56.
- [11] Wojewoda B., Mess E., Motylska M., Lisowska A., Dybko J., *Ból i cierpienie dziecka – pacjenta w placówce szpitalnej*, „Onkologia Polska” 2006, nr 9(4), s. 129–132.